

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1958

THÈSE

214

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Danielle, Fernande, Josèphe COLIN-BOURGAULT

Née le 29 Juillet 1930, à MERDRIGNAC (C.-d-N.)

présentée et soutenue publiquement le

**A PROPOS DE DEUX CAS
D'ENDOMETRIOSE INTESTINALE**

Président : Monsieur Ch. DEBRAY (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE

8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS-VI^e

1958

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1958

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Danielle, Fernande, Josèphe COLIN-BOURGAULT
née le 29 Juillet 1930 à Merdrignac (C. d. N.)

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le

-:-



A PROPOS DE DEUX CAS

D'ENDOMETRIOSE INTESTINALE

-:-

Président : Monsieur Ch. DEBRAY (Professeur)

-:-

DACTYLO-SORBONNE

8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1958.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROCC, CADENAT, CHABROL, CHAMPY,
CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT,
GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD,
HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL,
LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT,
MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL,
TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSEESSEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. et aux Sports	} CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale	BERNARD J.
Carcinologie	REDON
Chimie Méd.	JAYLE
Clinique Chir.	{ Hôtel-Dieu MENEGAUX
	{ Salpêtrière MOULONGUET
	{ Cochin QUENU
	{ Beaujon SICARD
Clinique Chir. cardio-vasculaire	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et orthop.	} MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et d'orthop.	} FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MATHEY
Clinique de la Tuberculose	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de Puéricult.	LELONG
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	} DEGOS
Clinique des mal. du sang	MARCHAL
Clinique mal. du système nerv.	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET

Clinique des Maladies mentales et de l'encéphale	DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition)	BOULIN
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO
Cliniques Médicales	BARIETY
	JUSTIN-BESANCON
	MOREAU
	de GENNES
Clinique Méd.hydro-climat.thérap.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR-VALLEE
	RADOT
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL
	VARANGOT
	LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist.nat.Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérap. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N...
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch.t.pers.)	HAMBURGER
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	(CABROL DEBEYRE DELMAS OLIVIER G. Melle GAU- THIER V. BUSSE GOUYGOU CHRISTOL NEVOT BOURLIERE ETTORI POLONOVSKI J. DUPERRAT TUCHMANN COUJARD N. CORNET BOYER DEPARIS BASTIN DEROBER GAULTIER HADENGUE DAVID LHERMITTE GRASSET LE LORIER LEPAGE MERGER MORIN RAVINA ROBEY BREGEAT DESVIGNES JUDET AUBRY MADURO ERUMPT CHABAUD ABOULKER BARCAT BAUMANN CAUCHOIX	Pat. chir.	(DUBOST. FAUREL FLABEAU GERMAIN GOSSET LAURENCE LORTAT-JACOB OLIVIER (Cl.) POILLEUX THOMERET VERNE (J.M.) MAURICE LOEPER BOUVIER BOUDIN BRICAIRE BRISSAUD CASTAIGNE CONTE DEROT DOMART LAMOTTE LAROCHE MACREZ MILLIEZ PEQUIGNOT PERRAULT RAMBERT ROYER THIEFFRY TURIAF WOLFROMM POLONOVSKI Cl. MOZZICONACCI JOSEPH Melle LEVY BARGETON DEJOURS PARROT DJOURNO GOUGEROT KREIS BARUK PICHOT
Ana.Path.		Pat. expéri- ment.	
Bactério- logie		Path. Med.	
Biol. Méd.			
Chimie méd.			
Dermato-syph.			
Embryologie			
Histologie			
Hydrologie			
Hygiène			
Mal. infect.			
Médecine			
légale et du Trav.)			
Neurochir.			
Neurologie			
Obstétrique			
Ophtal- mologie		Pédiatrie	
Orthopédie		Pharmacol.	
Oto-rhino- laryngol.		Physiol.	
Parasito.		Physique	
Parasito.col.		Médicale	
Pat. chir.		Pneumo-phtis.	
		Psychiatrie	

MM.

Psych.infant. N...
 Rhumatologie DELBARRE
 Stomato. { CHAPUT Mme
 { CERNEA

MM.

Urologie KUSS
 Thérapeut. CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
 ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
 pour le Service des Examens

M. LE LORIER.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
 AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
 A TITRE PERMANENT

MM.

{ AMELINE
 { HUGUIER
 Clin.Chir. { LEGER
 { PADOVANI
 { ROUX
 Clinique) { ECALLE
 obstét.) { MAYER
 Clin.opht. OFFRET

MM.

Urologie N...
 { DREYFUS
 Clinique Méd. { HAGUENAU
 { KOURILSKY

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
 Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREUIL

o

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
 Conservateur Melle GOICHON
 { Melles DUMAITRE
 { LE NOIR
 Bibliothécaires { LAURENT
 { QUIEVREUX

o

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
 l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
 dissertations qui lui seront présentées, doivent
 être considérées comme propres à leurs auteurs
 et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
 ni improbation.

A mon Mari

A mes Enfants

A mes Parents

A mes Grands-Parents

A tous les Miens

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur Ch. DEBRAY

Professeur d'Hydro-Climatologie à la
Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.

Nous le prions de trouver ici
l'expression de notre recon-
naissance respectueuse.

A Monsieur le Docteur L. JOURDE

Attaché d'Electro-Radiologie à
l'Hôpital Bichat.

Qui a bien voulu nous donner
le sujet de cette thèse et
nous guider dans son élaboration.

Nos sincères remerciements.

A nos Maîtres lors de notre Externat
des Hôpitaux de Rennes :

A Monsieur le Docteur L. LE GAL LA SALLE
A Madame le Docteur G. PICHOT-JANTON
A Monsieur le Docteur G. TANNOU
A Monsieur le Docteur A. PELLE

A nos maîtres lors de notre spécialité
d'Electro-Radiologie :

A Monsieur le Docteur P. TRUCHOT
Electro-Radiologiste des Hôpitaux
de Paris

A Monsieur le Docteur G. PEUTEUIL
Electro-Radiologiste des Hôpitaux
de Paris

A PROPOS DE DEUX CAS
D'ENDOMETRIOSE INTESTINALE

-:-

- I -

INTRODUCTION

--

Les endométrioses sont des tumeurs bénignes dont la structure est identique à celle de la muqueuse utérine et qui ne se voient que chez la femme.

Les endométrioses en général sont de connaissance ancienne puisque dès le XVIIIème siècle on retrouve dans la littérature la description de tumeurs bénignes appelées par les auteurs (MORICEAU, BOURDON, LEWET) "polypes creux", en relation étroite avec les "glandes utérines". Depuis, les observations se sont multipliées et les nombreuses localisations de cette curieuse affection sont actuellement bien connues.

Le but de notre travail n'est pas de faire sur l'endométriose une étude d'ensemble, mais de rapporter quelques observations nouvelles d'endométriose intestinale et de souligner tout l'intérêt diagnostique que présentent pour le radiologiste ces tumeurs bénignes si souvent confondues avec des néoplasmes. Enfin, nous envisagerons les problèmes thérapeutiques posés par la découverte de telles lésions au niveau de l'intestin.

--

HISTORIQUE

-:-

- Le premier cas d'endométriose intestinale semble avoir été rapporté par R. MEYER en 1909 ; dans sa publication, celui-ci décrivait alors un noyau tumoral qu'il ne classa que plus tard parmi les endométriomes.

- La première étude d'ensemble est due à JOSSELIN de JONG en 1913.

- Suivirent les publications de LOCKYER en 1913, de LAUCHE en 1924, de POLSTER en 1926.

- JAYLE, dans son mémoire en 1927, en publiait 27 cas.

- Les statistiques de la Mayo Clinic en 1937 portant sur 884 cas d'endométriose montrèrent 2,7 % d'endométriose du côlon sigmoïde, sans autre localisation.

- En 1939, PAPIN rapporta 4 nouvelles observations d'endométriose intestinale.

- Un cas d'endométriose de l'appendice est décrit par Mme GAUTHIER-VILLARS en 1939.

- BROCCQ et VARANGOT , dans leur rapport au Congrès de Chirurgie en comptèrent 39 cas.

- Une statistique de 1945, publiée par

Martha FIELD MEYER et Anna STUTER ERNST de Zurich montre une localisation sur le sigmoïde dans 88 cas d'endométriose.

- Enfin, un certain nombre de cas ont été publiés dans le Bulletin de l'Académie de Chirurgie et dans celui de la Société de Gastro-Entérologie de Paris.

-:-

- III -

DEFINITION

-:-

Il est assez difficile de donner une brève définition de cette affection dont les caractères sont parfois si divers. Sa dénomination variée en est la preuve. Certains auteurs, se fondant sur des théories pathogéniques, l'ont appelée :

- "Mullerianome " (BAILEY).

D'autres, insistant sur le caractère tumoral de l'affection, l'ont désignée sous les noms de :

- "Adénomyome" (CULLEN, Von RECKLINGHAUSEN),
- "Endométriome" (BLAIR, BELL),
- "Solénome" (JAYLE).

D'autres enfin ont attiré l'attention sur les phénomènes inflammatoires fréquemment retrouvés et ont employé des dénominations autres :

- "Adénométrite",
- "Adénomyométrite".

Cependant, certains caractères communs peuvent être mis en évidence. Il s'agit :

- 1 - d'une affection du sexe féminin,
- 2 - dont l'existence et l'évolution sont étroitement liées à la vie génitale de la femme

3 - Ce sont des tumeurs bénignes : en effet, si elles présentent une certaine tendance à l'infiltration des tissus voisins, une imprécision dans leurs limites, si elles ont tendance à essaimer à distance, elles ne produisent que des greffes et des métastases bénignes. Quant à la dégénérescence épithéliomateuse des foyers d'endomètre ectopique, elle serait exceptionnelle et n'affecterait pas l'utérus (statistiques de MASSON, Mayo Clinic, 14 cas sur 482 adénomyomes de l'utérus).

4 - De plus, du point de vue histologique, on retrouve une unité de structure : ces formations sont constituées par l'association de glandes et de kystes épithéliaux à un stroma particulier dit "stroma cytogène". Ces éléments étant groupés en cavités tapissées d'un épithélium cylindrique et entourées de fibres musculaires lisses, on a pu parler "d'utérus en miniature".

- IV -

SIEGE DE L'ENDOMETRIOSE ET
FREQUENCE DES LOCALISATIONS INTESTINALES

-:-

D'une façon générale, la fréquence de l'endométriose est très discutée. Si certains, comme DUCUING, la considèrent comme tout à fait exceptionnelle, d'autres au contraire en font une affection assez commune. BROCCQ et VARANGOT, au Congrès de Chirurgie en 1945, ont fait remarquer que cette lésion, histologiquement fréquente, acquiert rarement une expression clinique et ils expliquent ainsi les discordances entre les auteurs.

Il est classique de distinguer :

- l'Endométriose interne, limitée au myomètre et à la tunique musculaire de la trompe, de
- l'Endométriose externe qui englobe tous les autres foyers.

On a aussi séparé, pour des fins pathogéniques, les endométrioses intrapéritonéales, de celles qui se développent en dehors de la séreuse.

Pour certains auteurs, 8 à 15 % des femmes sont atteintes d'une endométriose durant leur vie génitale, le plus souvent entre 30 ans et la ménopause.

Dans les statistiques de KEENE et KENBOROUGH, 75 % des malades avaient entre 30 et 50 ans; HAYDON rapporte un cas chez une jeune fille de 16 ans, un autre cas chez une femme de 78 ans.

On a signalé en outre l'existence, chez des femmes atteintes d'endométriose, d'un passé gynécologique assez chargé :

- soit que cette affection évolue chez des femmes atteintes d'autres lésions telles que polypes, salpingites, fibromes, hyperplasie de l'endomètre, kystes folliculiniques,

- soit que l'on retrouve dans les antécédents une intervention chirurgicale (hystérectomie, ovariectomie, curettage, intervention abdominale),

- enfin, de nombreux auteurs s'accordent pour reconnaître que de nombreuses femmes atteintes d'endométriose sont stériles (42 % pour COUNSELLER- jusqu'à 75 % pour SUTTON), encore que la cause de cette stérilité soit mal connue (pour certains, il s'agirait d'un facteur mécanique, pour d'autres d'un déséquilibre glandulaire).

Du point de vue localisations intestinales, l'étude de différentes observations tend à montrer que le siège le plus fréquent est bas situé, près du pelvis ou même intrapelvien.

Les endométriomes siègent habituellement :

- soit dans le septum recto-vaginal,
- soit sur la face antérieure du rectum, à la jonction recto-sigmoïdienne,
- soit sur le sigmoïde.

Pour JENKINSON, 40 % des endométrioses seraient recto-sigmoïdiennes (en tenant compte des cas latents).

La fréquence relative de cette localisation permet d'entrevoir toute l'importance de l'examen radiologique en vue de différencier cette affection d'autres lésions recto-sigmoïdiennes (du cancer en particulier).

Enfin, d'autres cas de localisations intestinales ont été publiés - au niveau de l'appendice, - de l'iléon terminal, - du bas-fond caecal.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET HISTOLOGIE

-:-

L'aspect macroscopique de la lésion est variable. L'endométriiose apparaît comme une tumeur mal limitée, non encapsulée, soit bien individualisée, soit au contraire diffuse. A l'intervention, le chirurgien se trouve en présence :

1 - tantôt d'un squirrhe en virole, d'aspect particulièrement trompeur au niveau du sigmoïde en particulier où il évoque un cancer en ficelle. Même pièce en main, de nombreuses erreurs ont été commises et seule l'histologie apporte un diagnostic de certitude. La tumeur est annulaire, de coloration blanchâtre, et infiltre les parois de l'intestin.

2 - tantôt d'une tumeur siégeant sur une face ou sur un bord du côlon : elle est sous-séreuse, sous-muqueuse ou sise sur le bord mésentérique du côlon. Dans cette forme se trouvent associées des plaques blanchâtres d'aspect cicatriciel et des nodules multiples d'aspect fibromateux, ou, comme dans l'observation de BERARD et CROIZAT, des "kystes godronneux" de grande valeur diagnostique.

3 - Tantôt il s'agit non plus d'une lésion unique mais de multiples petits kystes blanchâtres ou hémorragiques. Le péritoine appa-

raît soulevé par ces formations, se plisse autour d'elles, adhère aux organes voisins.

4 - Enfin BENZ a décrit dans une observation une forme pseudopolypoïde d'endométriose avec envahissement de la muqueuse et ulcération.

L'aspect histologique de ces lésions est actuellement bien connu. Quelle que soit la localisation de l'endométriose, son aspect microscopique est identique dans tous les cas : il s'agit d'un véritable "utérus en miniature". BROCC et VARANGOT en ont donné une description précise : Au microscope, on retrouve les éléments utérins caractéristiques :

- 1) des tubes glandulaires à épithélium cylindrique soit au stade folliculinique, soit au stade lutéinique,
- 2) un chorion cytogène,
- 3) des fibres musculaires lisses.

Mais parfois l'aspect est moins schématique et au lieu de ces plages de muqueuse de type utérin, on trouve des tissus réactionnels avec en particulier un grand nombre de leucocytes chargés de pigments.

Pour R. MEYER, "la prolifération est plus facilement dans la sous-séreuse et dans la sous-muqueuse. Aussi est-ce là que l'on trouve la plus grande partie de la tumeur". Ce n'est que tardivement que la muqueuse est envahie ; elle est habituellement repoussée et cet aspect est net à l'endoscopie dans le cas d'endométriose recto-sigmoïdienne.

- VI -

PATHOGENIE

-:-

Depuis la découverte de l'endométriose, de nombreuses explications pathogéniques ont été proposées. Certaines actuellement ne sont plus qu'historiques ; d'autres s'appuient sur des arguments plus valables. Mais aucune n'est encore universellement adoptée.

I.- THEORIES DYSEMBRYOPLASIQUES.

a) Théorie wolffienne, préconisée par Von RECKLINGHAUSEN en 1896, selon laquelle les résidus du corps de Wolf seraient à l'origine de l'affection.

b) Théorie mullérienne de KOSSMAN en 1897 : l'endométriose dériverait de formations aberrantes provenant de l'épithélium du canal de Muller.

c) Théorie coelomique (LAUCHE - GRASSE).

II.- THEORIES METAPLASIQUES.

IVANOFF en 1898, rappelant l'origine embryologique commune de l'épithélium des organes génitaux et du péritoine : l'endothélium du coelome, suppose l'existence de cellules indifférenciées qui ont gardé le pouvoir de se transformer en endomètre.

MEYER pense au rôle prédominant de l'inflammation dans la genèse de cette affection.

LAUCHE et NOVAK font intervenir une perturbation de la sécrétion ovarienne pour expliquer cette métaplasie.

WITHERSPOON met en cause l'hyperfolliculisme.

Ces théories ont été critiquées par HALBAN : l'auteur leur oppose l'argument suivant : la plèvre et le péricarde dérivent eux-mêmes du coelome et ne sont jamais le siège d'endométriose.

III.- THEORIES FAISANT DERIVER L'ENDOMETRIOSE DE L'ENDOMETRE ADULTE.

De plus en plus actuellement, les auteurs tendent à penser que l'endométriose est une formation directement dérivée du tissu utérin adulte, ce qui expliquerait les caractères histologiques et physiologiques de l'affection.

Divers mécanismes ont été invoqués pour expliquer la dissémination.

1) Théorie diverticulaire de CULLEN - CULLEN soutint que les foyers endométriaux étaient formés directement à partir de l'endomètre et que dans tous les cas existait une continuité entre l'endométriose et l'utérus.

Plus récemment, HASCHORST et OTTO ont attribué à ce processus certains endométriose des cicatrices.

2) Théorie hormonale de FRANKL.- L'endométriose serait en rapport avec un hyperfolliculinisme.

3) Théorie de la greffe d'endomètre de SAMPSON - SAMPSON estime que la dissémination avec greffes dans le petit bassin et le cul-de-sac de Douglas est due à la régurgitation par

les trompes du sang des règles. SAMPSON a pu sur quelques coupes mettre en évidence des fragments d'endomètre dans la lumière des trompes. Mais, d'une part, cette régurgitation de sang menstruel est absolument exceptionnelle, d'autre part elle n'explique pas les localisations à distance du petit bassin.

4) Théories des métastases vasculaires.-
2 voies de propagations ont été invoquées :

- La voie lymphatique : HALBAN en 1924 affirma que la voie lymphatique était le mode de propagation habituel. Le réseau lymphatique de la muqueuse utérine est très développé et contacte des rapports avec les lymphatiques pelviens.

BENZ, en 1952, à l'appui de cette théorie, publie une observation d'endométrioïme rectosigmoïdien dans laquelle l'examen histologique montrait l'existence de cellules endométriales dans les lymphatiques voisins de la lésion.

- La voie sanguine : divers anatomo-pathologistes, de leur côté, ont pu mettre en évidence des formations endométriales dans la lumière des petits vaisseaux utérins. Cette possibilité de propagation par voie sanguine a été soutenue en particulier par ROUSSY, LEROUX, OBERLIN. SAMPSON et GRICOUROFF en 1937 ont apporté des coupes démonstratives. Cette théorie a été également appuyée par ASCHEIM, BROCC et VARANGOT.

IV.-Enfin une communication récente de BLUM et FRUHLING (Journal de Chirurgie, janvier 1953) semble apporter des arguments nouveaux en faveur de l'ancienne théorie métaplasique : Elle s'appuie sur 3 observa-

tions d'endométriome rénal : sous l'influence d'une néphrite chronique, puis d'un facteur endocrinien, ces auteurs ont observé la transformation progressive de l'épithélium sécréteur en tubes endométriaux.

Quoi qu'il en soit, aucune théorie n'entraîne la certitude et il reste à faire la part de chacune d'elles dans la constitution d'un endométriome.

- VII -

ETUDE CLINIQUE

-:-

Pendant longtemps les signes cliniques de l'endométriose intestinale ont été mal connus, et dans de nombreux cas le diagnostic n'a été porté qu'à l'intervention, pratiquée le plus souvent en vue d'extraire une tumeur maligne. Dans une publication de SEILLE en 1941, sur 33 observations d'endométriose du sigmoïde, 15 malades furent opérés à la suite d'accidents sub-occlusifs avec le diagnostic de cancer.

Actuellement, de l'étude de nombreuses observations, il résulte que souvent on peut dégager un syndrome commun à toutes les localisations digestives de l'endométriose.

Le syndrome clinique est fait de l'association de troubles coliques à des troubles gynécologiques.

1 - Les troubles coliques :

Les troubles intestinaux remontent en général à plusieurs mois et années et sont d'apparition progressive, d'intensité variable d'un cas à l'autre. La malade peut venir consulter :

a) soit pour des troubles vagues : pesanteur, douleurs abdominales sourdes, flatulences, douleur à la défécation, faux besoins,

plus rarement ténésme, exceptionnellement douleurs névralgiques à irradiation ano-rectale. Ces signes sont associés à des troubles du transit, de la diarrhée parfois, mais surtout une constipation opiniâtre pouvant aller jusqu'à des phénomènes sub-occlusifs.

b) Parfois la malade se plaint d'un trouble beaucoup plus caractéristique : hémorragie intestinale de sang rouge apparaissant périodiquement au moment des règles.

c) Enfin, ce peut être une complication à type d'occlusion aiguë qui amène la malade à consulter.

Quelle que soit l'intensité de la symptomatologie intestinale, un signe domine toute la clinique de l'endométriose : c'est l'exagération des symptômes morbides au moment de la période menstruelle. Parfois même les troubles n'apparaissent que pendant les règles, pour disparaître pendant l'intermenstruum. Ce caractère cyclique, cataménial, est fondamental.

De plus, l'état général de la malade est assez bon ce qui cadre mal avec une tumeur maligne qui évoluerait depuis plusieurs mois.

2 - Des troubles gynécologiques :

- des métrorragies et des ménorragies peuvent être les symptômes dominants (dans 60 % des cas pour CULLEN), mais ce sont des signes peu évocateurs.

- La dysménorrhée, fréquente elle aussi (pour DONALD, dans 70 % des cas) ; elle attirerait davantage l'attention car elle survient chez une femme dont les règles étaient auparavant indolores.

Elle est tardive, survenant au 2ème ou 3ème jour des règles ou même après arrêt de celles-ci, ce qui serait caractéristique de la dysménorrhée endométriale.

- Le plus souvent, les douleurs sont de forte intensité, pouvant même s'accompagner de nausées et vomissements.

- Enfin, cette dysménorrhée a tendance à s'aggraver.

- La stérilité serait fréquemment associée à l'endométriose (pour COUNSELLER, dans 42 % des cas).

Devant ces signes, il est indispensable de pratiquer :

- 1) un toucher rectal : en cas d'endométriose rectale, il permet de déceler une tumeur de petite taille en général, siégeant le plus souvent à 7 ou 8 cm sur la face antérieure du rectum. Le plus souvent la muqueuse n'est pas atteinte et glisse à la surface de la tumeur incluse dans la paroi musculaire. La limite en est peu nette.

- Exceptionnellement, elle se présente sous forme de végétations.

- Si l'examen est pratiqué pendant la période des règles, le doigtier peut revenir taché de sang.

Lorsque la tumeur est basse, le toucher vaginal combiné au toucher rectal donnera des précisions sur sa situation exacte ; lorsqu'elle est située à la jonction rectosigmoïdienne ou au niveau du sigmoïde inférieur, il y aura intérêt à associer la palpation abdominale au toucher rectal.

2) un toucher vaginal : pour examiner l'utérus et les annexes, étant donné la relative fréquence d'une association avec un endométrio-
me utérin, un fibrome ou une lésion an-
nexielle.

3) une rectoscopie ou recto-sigmoïdoscopie
- qui pourra être négative : lorsque la lésion est plus haut située, lorsque la char-
nière rectosigmoïdienne est infranchissable, et surtout lorsque même en cas d'endométrio-
me accessible à l'endoscopie, la muqueuse est intacte (c'est d'ailleurs une caracté-
ristique de l'endométrio-
me dont le dévelop-
pement est sous-muqueux).

- Mais parfois la muqueuse apparaît infil-
trée, rouge, érodée et saignotante en cer-
tains points ; on notera rarement la présen-
ce de petits bourgeons turgescents.

Lorsque la muqueuse est atteinte, on prati-
quera une biopsie qui aidera grandement au
diagnostic.

L'examen radiologique enfin est indispen-
sable pour compléter les notions cliniques.

- VIII -

L'EXAMEN RADIOLOGIQUE

:-

sera pratiqué selon la technique maintenant classique :

- préparation habituelle du malade,
- Lavement donné sous faible pression, en suivant la progression du liquide opaque afin de prendre des séries de clichés à la moindre anomalie.
- clichés pris en réplétion, évacuation, insufflation, selon diverses incidences.

Toutes les images radiologiques d'endométrïomes intestinaux et en particulier du côlon sigmoïde sont à peu près caractéristiques de l'affection. A la lueùr des clichés qu'il nous a été donné d'observer, nous pouvons dire que la traduction radiologique essentielle des endométrïomes est le Rétrécissement.

1) Sur les clichés pris en réplétion, ces rétrécissements sont faciles à étudier : qu'ils soient uniques, ou multiples comme dans la plupart des cas, ils ont des caractères bien particuliers :

- rarement axiaux,
- leurs bords sont irréguliers, arciformes à concavité externe plutôt que formés de lignes droites.
- En général peu étendus, ils risquent de passer inaperçus si l'on ne prend soin de

bien dérouler le recto-sigmoïde et même de prendre des clichés en profil strict.

- Ils sont toujours bien limités et le liséré de sécurité est continu.

- Ce sont de plus des rétrécissements souples comme en témoignent d'une part la progression facile, sans arrêt, du lavement baryté, d'autre part la non-dilatation des segments intestinaux sus et sous-jacents.

- Les modifications fonctionnelles sont aussi très importantes au niveau des segments atteints : perte de la segmentation haustrale normale, spasmes, hypertonie, intolérance au produit baryté, douleur à la palpation sous écran.

- L'emploi de modificateurs du comportement confirme la souplesse de ces rétrécissements : les contractions passent très facilement à leur niveau.

- On peut comparer la recherche de ces images d'endométriomes intestinaux à celle des varices oesophagiennes qui sont, elles aussi, des tumeurs vasculaires sous-muqueuses, donc difficiles à mettre en évidence car elles se laissent modeler par le produit opaque.

2) Sur les clichés pris après évacuation, les lésions sont encore très évidentes : images arciformes créées par le relief muqueux, signant les proliférations vasculaires sous-muqueuses.

3) Enfin les clichés pris après insufflation confirment l'intégrité du liséré de sécurité.

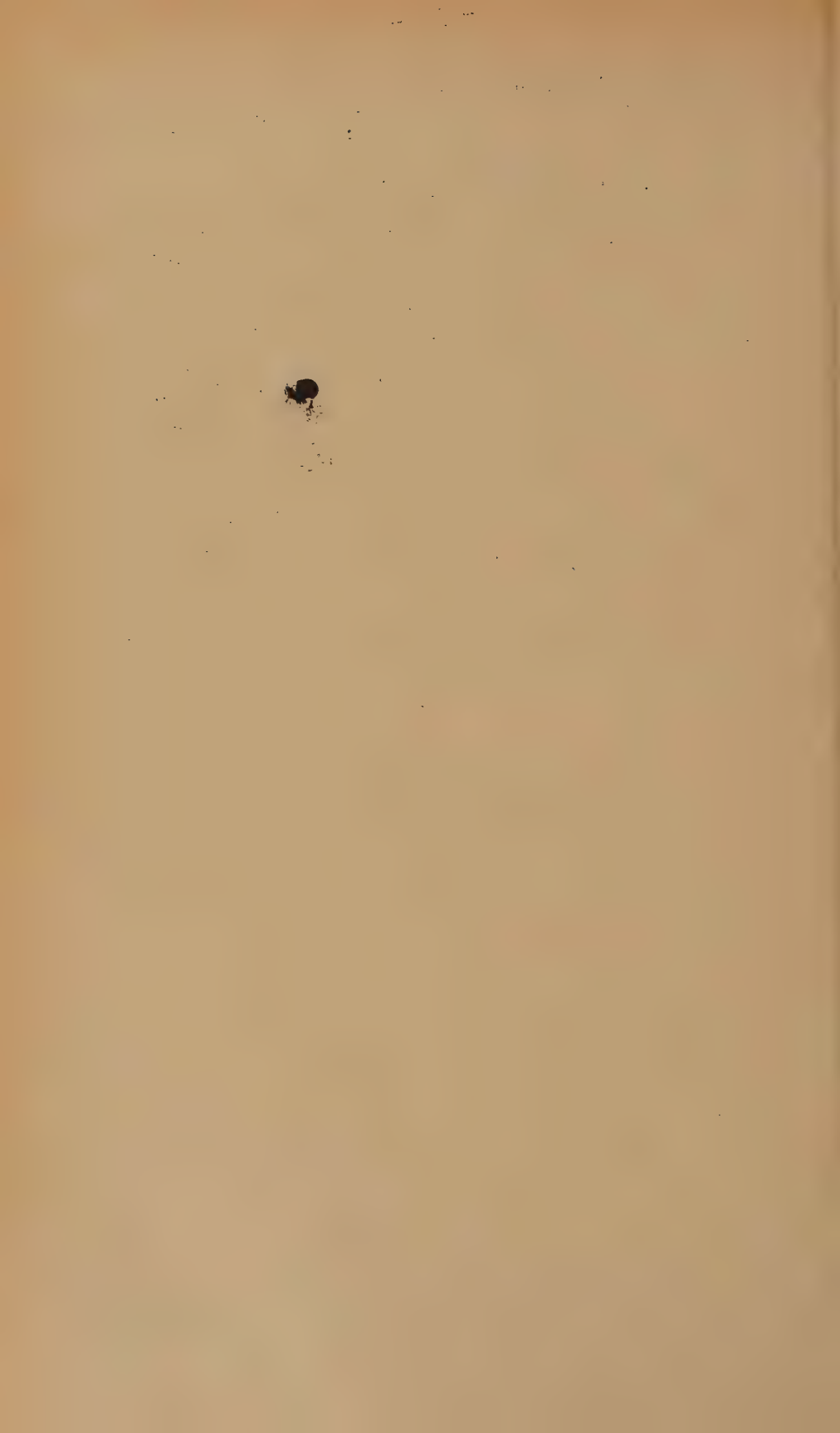
Toutes ces images vont se modifier, diminuer sous l'influence du traitement, et ce seront les modifications fonctionnelles qui disparaîtront le plus tardivement.

Le diagnostic différentiel de cette image radiologique se pose avec :

1 - le cancer colique : mais l'absence de lacune, d'image de tonalité, de collerette d'invagination, permet d'éliminer une lésion pariétale maligne.

2 - la recto-colite hémorragique: mais qui donne surtout un aspect de tubulation avec perte de la segmentation haustrale, micro-colie parfois, en tous cas presque toujours atteinte de l'ampoule rectale.

3 - le polype; qui pourrait peut-être prêter à confusion quand il est sessile ; mais le plus souvent il s'agit d'un polype pédiculé qui donne une image lacunaire, mais non l'aspect d'un rétrécissement.



- IX -

OBSERVATIONS

-:-

OBSERVATION N° 1

(que nous devons à l'obligeance du Docteur
A. BUSSON)

Yvette L... 32 ans

La malade consulte pour la première fois
en mai 1951. Elle présente depuis 4 ans :

- une constipation qui est en réalité une gêne du mécanisme d'évacuation terminale de l'intestin.

- des règles très anormales : syndrome d'hyperfolliculinie typique avec très fortes douleurs 8 jours avant les règles et se poursuivant 2 jours après.

- En novembre 1949, apparaissent des hémorragies intestinales de sang rouge qui font porter le diagnostic de rectocolite hémorragique : en réalité les saignements apparaissent au moment des règles en même temps que la difficulté de défécation s'accroît ; ils disparaissent pendant 5 à 6 jours après les règles pour reprendre progressivement et devenir beaucoup plus intenses à la période menstruelle.

- Au toucher rectal, on perçoit, à travers le cul-de-sac de Douglas, une masse mobile de la taille d'une prune.

- La rectoscopie montre un rectum normal, mais à 17 cm dans le sigmoïde (l'examen étant fait en période pré-menstruelle) on tombe sur un pseudo-rétrécissement qui empêche le tube de progresser plus loin. Cette zone paraît

boursofflée, congestive et saignante.

- La malade revient après ses règles : on franchit alors la zone rétrécie et on peut faire une rectoscopie jusqu'à 22 cm ; à 17cm la diminution de calibre du sigmoïde est due à de très gros plis congestifs ne saignant pas et s'écartant à l'insufflation.

L'examen radiologique : pratiqué par le Docteur L. JOURDE, met en évidence, au niveau de la charnière recto-sigmoïdienne une image de rétrécissement souple, avec conservation du liseré de sécurité, sans aucun caractère de malignité.

Le diagnostic d'endométriome est alors porté et une hormonothérapie mâle est instituée (150 mg par mois) : on note alors une nette amélioration clinique et une diminution de la masse à la rectoscopie.

Mais à ce moment, l'hormonothérapie crée une masculinisation (hirsutisme, pilosité) mal acceptée par la malade. On continue cependant en diminuant les doses (80 mg par mois).

- La malade est revue 4 mois plus tard : les évacuations de selles sont beaucoup plus faciles, les deux dernières règles ne se sont pas accompagnées d'émissions de sang. La rectoscopie est très aisée sans insufflation : la muqueuse est très peu congestive, et ne saigne pas ; cependant il persiste une infiltration de la paroi sur 4 cm.

- Malheureusement, les phénomènes secondaires à l'hormonothérapie mâle sont assez importants pour que la malade refuse de poursuivre le traitement. On la confie alors à un endocrinologue qui essaie d'agir sur l'hyperfolliculinie par des freinateurs hypophysaires.

- Devant l'échec de cette dernière thérapeutique, la malade est confiée au chirurgien.

OBSERVATION N° 2

(qui nous a été très aimablement confiée par le Docteur J. SOULLARD).

Madame Ch... 38 ans, vient consulter pour la première fois en mars 1953 avec le diagnostic présumé de néoplasme du sigmoïde.

1) Dès l'adolescence, elle présente des troubles digestifs :

- une constipation s'étant exagérée vers l'âge de 18 ans,
- des épisodes sub-occlusifs dont l'un à 32 ans est survenu à la suite d'un avortement spontané.
- des rectorragies de sang rouge survenant avant les règles, la première de ces rectorragies remontant à 5 ans.

2) Corrélativement s'est installé un syndrome hormonal :

- syndrome hyperfolliculinique typique avec dysménorrhée, tension prémenstruelle des seins, avortement spontané.
- A l'âge de 35 ans, elle est opérée d'un adénome du sein dont l'histologie vérifie la bénignité.

Dès 1952, un traitement hormonal est entrepris : sterandryl amenant une amélioration du syndrome prémenstruel extradigestif.

- La consultation de mars 1953 est justifiée par l'exagération des troubles digestifs précités et par un aspect radiologique anormal du sigmoïde : zone rétrécie, enraidie avec encoche arrondie d'un bord.

- Au toucher rectal, on perçoit un gros utérus, enclavé dans le Douglas, mais mobile.

- A la rectoscopie, rendue difficile par la rétroversion, on note en regard du fond utérin, une muqueuse anormale ; ne glissant pas sous le rectoscope, paraissant infiltrée et verruqueuse. Le rectoscope ne peut aller au-delà de 13 cm : une biopsie est pratiquée à ce niveau.

Obs. N° I

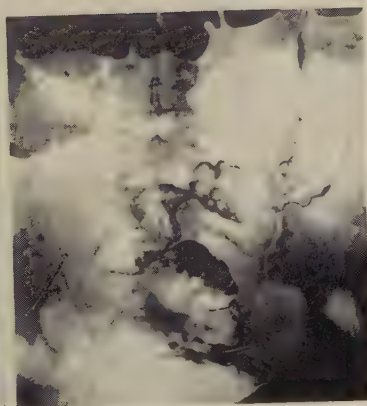
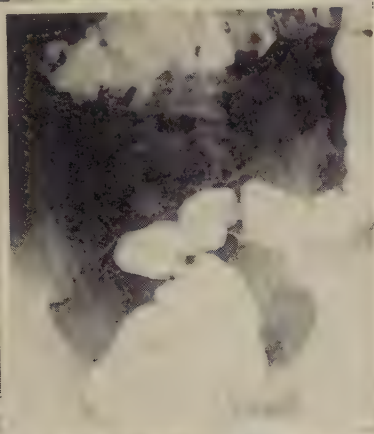
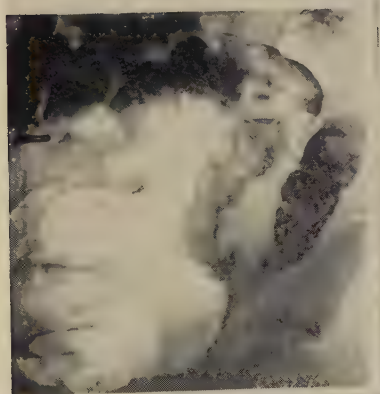
Obs. N° I

Obs. N° I

Obs. N° 2

Obs. N° 2

Obs. N° 2



L'examen histologique conclut à l'existence d'une rectite congestive et élimine toute lésion néoplasique.

Devant ces constatations cliniques et endoscopiques, le diagnostic d'endométriose est posé.

La malade est opérée en avril 1953 : il s'agit bien d'une endométriose envahissant les deux ovaires et le corps utérin qui adhère fortement au sigmoïde. Il existe également des lésions macroscopiques au niveau du sigmoïde. Seule une hystérectomie subtotale peut être pratiquée avec double ovariectomie sans toucher au recto-sigmoïde.

Cette castration chirurgicale amène une amélioration des troubles fonctionnels digestifs. Cependant, une rectoscopie pratiquée en octobre 1953 ne peut explorer le recto-sigmoïde au-delà de 13 cm.

L'examen radiologique pratiqué par le Docteur L. JOURDE à la même époque montre un aspect particulièrement déchiqueté du côlon sigmoïde avec atrésies en étage en deux endroits. Le cliché pris après évacuation met bien en évidence les empreintes arciformes précédemment décrites.

- X -

FORMES CLINIQUES

-:-

I.- SUIVANT LA SYMPTOMATOLOGIE :

- dans les cas typiques : simples troubles digestifs, constipation, douleurs dans la fosse iliaque droite, mais très souvent avec le rythme qui leur est très particulier.

- Parfois accidents occlusifs, véritables complications de l'endométriose imposant l'intervention.

- Parfois il s'agit d'une symptomatologie de voisinage : douleurs pelviennes, dysménorrhée, métrorragie sans signes coliques.

II.- SUIVANT L'AGE DE LA MALADE :

- C'est avant tout une affection de la femme en période d'activité génitale avec un maximum de fréquence entre 30 et 40 ans.

- On connaît un cas d'endométriose à 16 ans,
un autre cas à 78 ans.

- Chez la fillette impubère, elle n'a jamais été signalée

III.- SUIVANT LES ASSOCIATIONS :

- à une autre localisation endométriale (utéro-génitale, diffuse pelvienne, de la

cloison recto-vaginale),

- à une lésion de l'appareil génital (myome, ovarite sclérokystique, kyste de l'ovaire, plus rarement : cancer de l'ovaire, cancer du col ou du corps utérin),

- à un cancer du rectum : dans une observation publiée par BERGERET et RACHET, à l'intervention, le chirurgien décela en plus d'un cancer de l'ampoule rectale, une tumeur sigmoïdienne qui se révéla, après examen histologique, être un endométriose)

IV.- SUIVANT LA LOCALISATION :

1) L'endométriose recto-sigmoïdienne :
C'est la plus fréquente se traduisant par un syndrome de sténose avec augmentation des troubles fonctionnels allant jusqu'à la sub-occlusion ou même l'occlusion au moment de la période menstruelle. L'examen radiologique montrera une lésion sténosante.

2) La forme appendiculaire à laquelle Mmes GAUTHIER-VILLARS et LAMY ont consacré un important mémoire : dans les cas les plus typiques, on retrouvait des crises d'appendicite avec point douloureux net dans la fosse iliaque droite, rythmées par les menstruations.

Mais, dans de nombreux cas, le tableau est plus bâtarde, fait de troubles digestifs sans caractère particulier, de douleur vague dans la fosse iliaque droite, étiqueté le plus souvent "appendicite chronique".

Parfois même l'intervention fut pratiquée pour des troubles gynécologiques et ce n'est que par l'exploration des organes de voisinage et avec le concours de l'histologie que fut porté le diagnostic d'endométriose appendiculaire.

3) L'endométriome du bas-fond caecal :

Assez peu de cas en ont été publiés. Dans une observation de LEROUX et MALGRAS, l'intervention fut pratiquée à la suite du diagnostic d'appendicite et permit de découvrir un endométriome de la paroi antérieure du caecum.

4) Les formes du grêle :

Les cas en sont assez rares : JAYLE en rapportait 3 en 1927. Quatre cas ont été décrits par GREEN et THORNTON en 1940. La clinique était celle d'une sténose du grêle. Le diagnostic ne fut posé qu'à l'intervention.

- XI -

DIAGNOSTIC

--

I.- DIAGNOSTIC POSITIF

Trois méthodes sont possibles pour porter un diagnostic positif d'endométriose :

a) L'une d'elles consiste à rassembler des arguments cliniques appuyés par l'examen radiologique :

- L'existence de troubles coliques variés allant de la simple constipation à l'occlusion, les hémorragies rectales, associés à des troubles d'ordre gynécologique, en particulier la dysménorrhée doivent faire évoquer la possibilité d'un endométriome de l'intestin surtout si l'on possède cet argument capital : l'exacerbation ou l'apparition des troubles fonctionnels pendant la période menstruelle.

- La découverte d'un endométriome de la sphère génitale ou d'une lésion gynécologique associée est en faveur d'une autre localisation endométriale.

- La turgescence de l'endométriome s'il est recto-sigmoïdien et accessible à la rectoscopie est importante à constater à l'approche des règles ou pendant celles-ci. Il signe la dépendance de la tumeur intestinale au cycle ovarien. FIESSINGER a d'ailleurs préconisé

une méthode de diagnostic histo-physiologique : une injection intramusculaire de 10.000 U. de benzoate de folliculine une semaine avant la date des règles provoque la turgescence de la tumeur endométriale et déclenche le syndrome fonctionnel maximum.

L'examen clinique sera complété par un examen radiologique qui apportera des arguments en faveur de l'endométriome :

- mise en évidence de rétrécissements courts, à bords irréguliers, étagés le plus souvent, à limites arciformes, souples, se laissant déformer par le produit baryté s'accompagnant de modifications de la segmentation haustrale, de spasmes.

b) Lorsqu'elle est réalisable, la biopsie confirme le diagnostic.

L'examen histologique apportera un signe de certitude en montrant :

- du tissu cytogène avec par place
- des tubes glandulaires de type endométrial.

c) Enfin, une autre méthode de diagnostic proposée par MOULONGUET en 1941, est basée sur l'action thérapeutique des hormones mâles : des injections de propionate de testostérone entraînent rapidement la diminution, voire la disparition de la tumeur endométriale.

II.- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

La difficulté de poser avec certitude le diagnostic positif, la relative rareté de l'affection font que l'endométriose est fréquemment confondue avec d'autres lésions plus courantes.

a) Le cancer de l'intestin : c'est avec lui que se pose le principal diagnostic différentiel. On se basera sur :

- l'âge de la malade : en période d'activité génitale,
- ses antécédents gynécologiques,
- l'association troubles coliques - troubles gynécologiques,
- l'élément cyclique de la symptomatologie,
- la bonne conservation de l'état général, alors que l'évolution est longue.
- le toucher rectal et la rectoscopie en cas de lésion bas située montrant une muqueuse intacte,
- la radiologie qui montre l'intégrité du liseré de sécurité, l'absence d'image marécageuse, d'infiltration pariétale par une lésion maligne.

Mais la coexistence des deux affections n'est pas impossible (cas de la malade de BERGERET qui présentait un cancer du rectum et un endométrioïde du sigmoïde).

b) La tuberculose iléo-caecale peut prêter à confusion en cas de localisation de l'endométrioïde au niveau de l'iléon terminal ou du bas-fond caecal. Là encore, l'étude de la symptomatologie clinique, l'examen radiologique apporteront des arguments en faveur de l'une ou l'autre de ces affections.

3) L'appendicite - Nous avons vu que dans la majorité des observations d'endométrioïde de l'appendice, les malades avaient été opérées pour une appendicite aiguë. Pratiquement le diagnostic est ici essentiellement histologique.

- XII -

TRAITEMENT

--

Le traitement de l'endométriose doit être dominé par la notion qu'il s'agit d'une tumeur bénigne susceptible de régression ; liée à la sécrétion ovarienne, la suppression de celle-ci entraîne la disparition de la tumeur : "la preuve est maintenant faite que l'influence de la ménopause et de la castration doit diriger nos indications thérapeutiques " (BAZY).

I.- LES DIFFERENTES TECHNIQUES :

Plusieurs traitements sont à notre disposition : l'emploi de l'un ou de l'autre est encore discuté : très souvent ce sont les circonstances au cours desquelles est vue la malade, l'âge de la patiente qui fixeront les indications.

a) Le traitement médical : Si l'on est sûr du diagnostic, on peut améliorer ou faire même disparaître les signes fonctionnels en utilisant l'action freinatrice des hormones masculinisantes. Actuellement, on pratique le premier mois un traitement d'attaque : 200 mg de propionate de testostérone sont injectés à raison de 2 injections intramusculaires de 25 mg par semaine. Puis on diminue progressivement la quantité hebdomadaire et on cherche la dose optimale de stabilisation (elle est située le plus souvent aux environs de 100 mg par mois). L'in-

convénient est que ce traitement doit être prolongé durant de nombreux mois et qu'il finit par faire apparaître les stigmates de masculinisation difficilement acceptés par la malade.

b) L'ablation chirurgicale de la tumeur ;

- les petits endométrïomes peuvent être ré-séqués ou cautérisés ;
- les plus volumineux, responsables en général d'accidents occlusifs sont justiciables d'une résection segmentaire avec bout à bout. Dans le cas d'une localisation rectale il s'agit toujours d'une opération mutilante que l'on s'efforcera d'éviter.

c) La castration :

- chirurgicale : isolée ou associée à une colostomie en cas d'occlusion,

- radiothérapique : Etant donné la dépendance de l'endométrïome au cycle ovarien, la castration radiothérapique est utilisée comme moyen d'action efficace. C'est WILLIAMSON qui, en 1923, a le premier utilisé cette thérapeutique. Certains auteurs (comme MADDING) lui font les reproches suivants :

- elle donne une stérilisation incertaine,
- elle est susceptible de provoquer la réactivation d'un foyer infectieux pelvien,
- elle laisse parfois la crainte d'une erreur de diagnostic avec une tumeur maligne.

Technique de la castration :

- Constantes radiothérapiques :

- Tension : 200 kV
- Filtration : 1 mm Cu + 2 mm Al
- Distance focale : 50 cm

- dose par champ et par séance : 200 r
- Dose totale : 1800 à 2400 r par champ
- Etalement : 1 mois à 2 mois $\frac{1}{2}$.

- Limites des champs :

- 2 champs antérieurs latéraux centrés sur la fossette ovarienne.

- 1 ou 2 champs postérieurs, si le sujet est corpulent.

Certains auteurs ont envisagé des doses de 1500 r réparties sur 2 à 3 mois afin de réaliser une "castration temporaire" (observation de MOULONGUET : des doses faibles réalisèrent une aménorrhée de quelques mois et la disparition de la tumeur endométriale).

II.- LES INDICATIONS :

Elles sont encore discutées. En dehors des cas où une intervention d'urgence s'impose, on peut se baser sur l'âge de la malade

a) s'il s'agit d'une femme jeune, le traitement médical semble le plus approprié.

b) s'il s'agit d'une femme au voisinage de la ménopause, on pourra discuter :

- soit la castration radiothérapique, ne faisant courir aucun risque à la malade, à conseiller chez les malades fatiguées ou tarées.

- soit la castration chirurgicale, préférée par certains car elle présente l'avantage de voir les lésions et de pratiquer au besoin une biopsie extemporanée.

CONCLUSIONS

-:-

Le but de notre travail n'a pas été de faire sur l'endométriose intestinale une étude d'ensemble mais de rapporter quelques observations personnelles et de souligner l'apport de la Radiologie dans l'établissement d'un diagnostic précis.

Du nombre relativement limité d'observations publiées, il est possible de dégager certains caractères communs à cette affection :

- Elle survient toujours chez la femme ;
- Son évolution est étroitement liée à la vie génitale de celle-ci ;
- Il s'agit de tumeurs bénignes présentant toujours une unité de structure.

Exceptionnelle pour certains auteurs, l'endométriose intestinale serait pour d'autres une affection assez commune ; selon BROCCQ et VARANGOT, ce désaccord tiendrait au fait que la lésion, histologiquement assez fréquente, acquerrait rarement une expression clinique.

Le siège le plus fréquent de sa localisation intestinale est bas situé, près du pelvis, soit même intrapelvien, avec une prédominance sur le sigmoïde, la face antérieure du rectum, le septum recto-vaginal ; mais il existe également des localisations au niveau du bas-fond caecal, de l'iléon terminal, de l'appendice.

L'examen macroscopique des lésions montre qu'elles peuvent revêtir différents aspects :

- tantôt il s'agit d'un squirrhe en virole évoquant un cancer en ficelle, surtout au niveau du sigmoïde ;

- tantôt d'une tumeur sous-séreuse ou sous-muqueuse, siégeant sur une face ou sur un bord du côlon ;

- tantôt de petits kystes blanchâtres ;

- plus rarement, elles prennent un aspect pseudopolypoïde.

L'aspect histologique se révèle très évocateur de l'Endométriose : il s'agit d'un "utérus en miniature" possédant tous les éléments constitutifs de l'endomètre (tubes glandulaires, chorion cytogène, fibres musculaires lisses).

Différentes pathogénies ont été invoquées depuis la découverte de l'Endométriose ; certaines semblent actuellement abandonnées telles :

- les théories dysembryoplasiques, faisant dériver l'affection de résidus embryologiques (corps de Wolf , Canal de Muller, coelome).

- les théories métaplasiques qui supposent l'existence de cellules indifférenciées ayant gardé le pouvoir de se transformer en endomètre sous l'effet soit d'une perturbation hormonale, soit d'une inflammation.

- Plus valables seraient les théories faisant dériver l'Endométriose de l'endomètre adulte ; il s'agirait alors soit d'une lésion par continuité soit d'une greffe

d'endomètre due à la régurgitation du sang menstruel par les trompes, soit d'une "méta-stase" par voie lymphatique ou sanguine.

La symptomatologie clinique est en général évocatrice :

Il s'agit d'une femme présentant :

a) des troubles coliques d'apparition progressive et d'intensité variable : douleurs abdominales, troubles fonctionnels recto-sigmoïdiens, hémorragies rectales de sang rouge, voire même syndrome occlusif.

Mais, fait caractéristique, tous ces symptômes apparaissent ou s'exagèrent lors de la période menstruelle.

b) des troubles gynécologiques : ménorragies ou métrorragies, dysménorrhée, stérilité.

Le toucher rectal et la rectoscopie, pratiqués de préférence au moment des règles pourront objectiver les lésions en cas d'endométriose bas situé.

Les observations que nous rapportons concernent deux malades présentant toutes les deux des troubles digestifs (constipation, accident, sub-occlusif, hémorragies de sang rouge par l'anus), rythmés par les menstruations et associés à un syndrome hyperfolliculaire.

L'examen radiologique pratiqué chez nos malades a mis en évidence des images identiques dans les deux cas et caractéristiques de la lésion endométriale ; aspect de rétrécissement unique ou multiple, irrégulier, à limites arciformes, rétrécissement souple

associé à des modifications fonctionnelles des segments atteints (perte de la segmentation haustrale, spasmes, hypertonie, intolérance au produit baryté).

Le diagnostic différentiel de cette image radiologique se posera essentiellement avec le cancer du côlon, la rectocolite hémorragique, les polypes du côlon.

Le traitement de l'Endométriose intestinal est discuté : devant une femme encore jeune, le traitement médical semble le plus indiqué (essentiellement hormonothérapie mâle) ; s'il s'agit au contraire d'une femme au voisinage de la ménopause, une castration soit radiothérapique soit chirurgicale pourra être envisagée.

-:-

Vu :	Vu :
Le Président :	Le Doyen :
signé : Ch. DEBRAY	signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

--

ARSCHMEIN (S.) et VARANGOT (P.)

Sur la présence de formations endométriales dans les vaisseaux du myomètre. Considérations sur la pathogénie de l'endométriose
Annales d'anatomie pathologique

BENZ et coll.

Endométriose polypoïde du côlon.
Compte rendu d'un cas présentant des caractéristiques anatomo-pathologiques inhabituelles
Proc.Staff.Meet.Mayo Clinic 7 mai
1952 27 n° 10 201-208

BERGERET et RACHET

Endométriose du côlon sigmoïde
Mém.Acad.Chir. 28 juin 1939 65 n° 22
959-963

BLUM et FRUHLING

Journal de chirurgie, janvier 1953

BROCQ et VARANGOT

Congrès de Chirurgie 1939

BUCKR (P.), BADER (P), GAUDAR (R), BLUM (J)

A propos d'un cas d'endométriose rectale
Bull.Féd.Soc.Gynéc.Obst. 7 75-76
1955

CADENAT

Endométrrome du côlon
Mém.Acad.Chir. t. LXV p. 971 1939

CATELLE (RB)

Endométriose du côlon et du rectum
avec obstruction intestinale
New -England J. Med. juil. 1937 217
9/16

COUNSELLER (VE)

Endométriose, revue clinique et chirurgicale
Am.Obst.Gyn. nov. 1938 36 877-888

DECOULK et BEDRINE

Endométriose de l'anse sigmoïdienne.
Guérison spontanée par castration.
(C.R. de la Société française de
Gynéc. 1937 n° 8 p. 260

GRICOUROFF (G)

L'endométriose. Signes cliniques et
théories pathogéniques
Paris Médical t. XXVII p. 759 1936

JENKINSON (EL) et BROWN (WH)

Endométriose. Etude de 117 cas avec
références spéciales aux lésions rectales et sigmoïdiennes
J.A.M.A. 5 6 43 349/354

LEAN MAX

Endométriose du gros intestin
Canadian Med. Ass. 1936 p. 253

LESH (RE) and HATHCOOK (AH)

Endometriosis of Rectum : reported
of case confused with carcinomata
Obst. and Gynec. mars 1955 5 320-
324

LORTAT-JACOB

Endométriose de la fin du grêle
Gaz.Méd. France 56 : 431-433 1949

MARTHA FRIEDL MEYER et ANNA STUTLER ERNST
(Zurich)

Contribution à l'étude de l'intestin
grêle et du gros intestin
Schweiz Med. Wochenschrift an 75 n° 16
21 avril 1945 p. 338-342

MADDING (GF) ,SPENCER (FM)

American Journal of Surgery t. 87
p. 133-138 janv. 1954

MAYO (CW) et MILLER

Endometriosis of the sigmoid, recto-
sigmoid and rectum
Surg.Obst. & Gynec. 70 136 1940

PICOT

Occlusion intestinale par endomé-
triome du côlon pelvien
Mém.Acad.Chir. 30 nov. 7 déc. 1949
75 n° 32 -33 814-818

SEILLE (G)

Endométrione du côlon sigmoïde
Mém.Acad.Chir. 12.19 26 mars 1941
67 n° 9-10-11 245-251

SUTTON (CE), HARDY (JA)

Endometriosis of Vermiform Appendix
Am.J.Obst & Gynec. 63 1139-1142
mai 1952

WHITE (RJ)

Simultaneous acute obstruction of
colon and terminal ileum from endo-
metriosis
Surgery 35 947 49 janv. 1954

